



**Healthy
KidsNow!**

HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

Лицо, помогающее клиенту заполнить заявление:

Организация:

Телефон:

()



Washington State
Department of Social
& Health Services

Заявление на медицинскую страховку для детей

Данное заявление только на медицинскую страховку для детей и подростков младше 19 лет. Родитель, опекун, социальный работник, друг ребенка или сам подросток, подающий заявление, может заполнить данное заявление. **Вся последующая информация будет выслана человеку, указанному в строке 1.** Если у вас есть вопросы или вы желаете получить помощь в заполнении данной формы, просто позвоните по телефону 1-877-543-7669. Мы будем рады вам помочь!

ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ (укажите родителя, опекуна или контактного человека, который будет получать последующую информацию).

1	ИМЯ	ИНИЦИАЛЫ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ		
2	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
3	ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
4	ТЕЛЕФОНЫ	5 Трудно ли вам говорить, читать или писать по-английски? Необходимо ли вам присыпать материалы на другом языке? Необходим ли вам переводчик? (Если да, то мы будем с вами говорить через переводчика) На каком языке вы говорите?			
ДОМАШНИЙ ()					Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
РАБОЧИЙ ()					Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
ДЛЯ СООБЩЕНИЙ ()					Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
	6 Есть ли в вашей семье беременная женщина? Если да, то кто?				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
	Имеет ли ребенок младше 19 лет медицинское состояние, которое требует неотложного лечения? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>				

Общая информация

7	Укажите членов семьи, проживающих вместе. (Если необходимо указать дополнительных членов семьи, приложите отдельный лист бумаги.)							(Данная информация не будет выдана в INS)	
	ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	РОДСТВО К ВАМ	ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД)	ГРАЖДАНИН США	ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК НЕ ГРАЖДАНИН США, ТО БЫЛ ЛИ ЕМУ/ЕЙ ВЫДАН ДОКУМЕНТ, ПОКАЗЫВАЮЩИЙ ЕГО/ЕЕ СТАТУС ПОЖАЛУЙСТА, ПРИЛОЖИТЕ ДОКУМЕНТ	УКАЖИТЕ ДАТУ ПРИЕЗДА РЕБЕНКА В США	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ <small>* = НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗЫВАТЬ (ПО ЖЕЛАНИЮ)</small>	ПОЛ М или Ж	
A.	РОДИТЕЛЬ, ОПЕКУН ИЛИ САМ ПОДРОСТОК						*		
B.	СУПРУГ(А) ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ (если живет в семье)						*		
C.	УКАЖИТЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МОЛОЖЕ 19 ЛЕТ (тех, кто хочет получить медицинскую страховку)			ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
E.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
F.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
G.	П УКАЖИТЕ ДРУГИХ ВЗРОСЛЫХ ИЛИ ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ В СЕМЬЕ (тех, кто не хочет медицинской страховки)						*		
8	Является ли ребенок моложе 19 лет в семье инвалидом? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, то кто?							*	

Расходы Данная информация поможет вашему ребенку получить право на страховку.

9	Оплачиваете ли вы уход за детьми в то время, как вы работаете или учитесь? Платите ли вы кому либо за уход за взрослым индивидуумом-инвалидом в то время, когда вы работаете или учитесь?							Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, то какую сумму в месяц? \$ _____
								Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, то какую сумму в месяц? \$ _____
10	Платите ли вы материальную помощь по указу суда на ребенка, не живущего в вашей семье?							Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если да, то какую сумму в месяц? \$ _____



Доход Введите ВАЛОВОЙ доход (до вычета налогов или расходов). Введите 0, если вы или ваш[а] супруг[а] не имеете работы или не живете в семье с детьми.

11 НАЗВАНИЕ МЕСТА РАБОТЫ И ТЕЛЕФОН ()	ДРУГОЙ СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД	СУММА, ПОЛУЧЕННАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ	КТО ИЗ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПОЛУЧАЕТ ДАННЫЙ ДОХОД?
12 Сумма, которую вы получили за последние 30 дней, до вычета налогов или расходов: \$ _____ Сумма от этого дохода, полученная от работы на себя: * \$ _____		15 МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЬЯМ (АЛИМЕНТЫ) 16 МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ СУПРУГЕ(У) 17 ПЛАТЕЖ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ 18 ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ 19 ПРОЦЕНТЫ ОТ БАНКОВСКОГО СЧЕТА 20 ПОСОБИЕ ВЕТЕРАНАМ 21 LABOR&INDUSTRIES 22 ВЫПЛАТЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ 23 ДРУГОЕ (пожалуйста, объясните)	
13 НАЗВАНИЕ И ТЕЛЕФОН МЕСТА РАБОТЫ СУПРУГА(И) ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ, ЖИВУЩЕГО В СЕМЬЕ: ()		24 Имеют ли дети, на которых вы подаете заявление, неоплаченные медицинские счета или получали ли они медицинские услуги, НЕ покрываемые другой страховкой за последние 3 месяца? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
<small>*ЕСЛИ ВЫ ИЛИ ВАШ[А] СУПРУГ[А] ИЛИ ДРУГИЙ РОДИТЕЛЬ, ЖИВУЩИЙ В СЕМЬЕ, РАБОТАЕТЕ НА СЕБЯ, ТО, ВОЗМОЖНО, ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ДРУГИЕ ВЫЧЕТЫ. ПОЖАЛУЙСТА, ПОЗВОНИТЕ ПО ТЕЛЕФОНУ 1-877-KIDS-NOW ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ ИЛИ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ.</small>			

Информация о медицинской страховке Расскажите нам о любой медицинской страховке, которую ваши **дети** уже имеют.

25 А Имеет ли какой-либо ребенок, на которого вы подаете заявление, медицинскую страховку?	25 В Если да, то оплачивает ли страховка приемы у врача, больничное обслуживание, рентгенологию и лабораторные услуги?	26 А Имели ли ваши дети медицинскую страховку по месту вашей работы за последние 4 месяца?	26 В Если да, то стоила ли такая страховка меньше \$50 в месяц на детей-иживенцев?
Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
27 Если отмечено "да" на любой из вышеперечисленных вопросов (25а или б или 26а или б), то, пожалуйста, укажите название страховой компании или название места работы, обеспечивающего медицинскую страховку для ваших детей.			

Раса детей/этническое происхождение (добровольная информация)

Мы просим вас добровольно указать расу или этническое происхождение ваших детей. Данная информация не будет использована при определении вашего права на получение страховки.	Белый <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Афроамериканец <input type="checkbox"/> Американский индеец/уроженец Аляски <input type="checkbox"/>	Вьетнамец/Лаосец/Камбоджиец <input type="checkbox"/> Другой Азиат или уроженец Тихоокеанских Островов <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/>
---	---	--

Внимательно прочтите данный раздел перед подписанием

ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ Я прочитал и понимаю информацию, приведенную в данном заявлении. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, которую я предоставил(а) в данном заявлении, является правдивой, правильной и полной, насколько мне известно наилучшим образом.	Подпись заявителя X _____ Дата _____
---	--

Как направить заявление

ОПРАВЬТЕ ПО ПОЧТЕ ПО АДРЕСУ:  Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45531 Olympia, WA 98599-5531	ОПРАВЬТЕ ПО ФАКСУ:  (360) 664-0518	ДЛЯ ПОМОЩИ: Если вам нужна помощь или у вас есть вопросы, пожалуйста, позвоните по телефону 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
---	--	---